

新見公立短期大学紀要 第24巻
pp. 161-169, 2003

研究ノート

高齢者施設における Incident の特徴 —急性期・慢性期医療現場と高齢者の生活の場との比較から—

木下 香織 古城 幸子
真壁 幸子 太田 浩子

老年看護学

Characteristics of Incidents in Facilities for the Elderly

—A Comparison of Facilities for the Elderly as Their Living Spaces with Acute and Chronic Medical Settings—

Kaori KINOSHITA Sachiko KOJO
Sachiko MAKABE Hiroko OOTA

(2003年11月5日受理)

生活の場である高齢者施設でのリスクマネジメントへの取り組みは、リスクマネジャーの存在が必要条件となりつつある医療現場ほどには徹底されていない。そこで、3年次老年看護学実習で起こった Incident 場面の分析を急性期・慢性期医療現場である成人看護学実習での Incident と比較し、高齢者施設で起こりやすい Incident の特徴の明確化を試みた。その結果、食事介助における誤嚥・窒息・熱傷、車椅子へ（から）の移動などが高齢者施設での Incident の特徴と考えられた。高齢者の意思を尊重し、安全・安楽、確実なケアの提供を目指すことが求められる。また、高齢者施設の新人看護師教育において、Incident 予防のためには、慣れてきた時期に注意を喚起し、自己の判断や技術などを相談できる先輩看護師の存在の重要性が示唆され、基本的な知識とともにアセスメント能力を高められるよう自己研鑽に努める姿勢が求められる。

はじめに

老年看護学においてはその対象が慢性疾患や障害をもちながら生活を送る高齢者であることから、治療医学を中心とする医療モデルの限界が問われ、生活モデルを中心とした施設でのケアの質の向上が求められている。医療事故がマスコミでもたびたび取り上げられることもあり、医療現場でのリスクマネジメントは、既にリスクマネジャーの存在が必要条件となりつつあるが、生活の場である高齢者施設でのリスクマネジメントへ

の取り組みは、まだ医療現場ほどには徹底されていないのが現状である。高齢者ケアにおけるリスクマネジメントに関する先行研究について1998年から2003年まで概観した。キーワードは「高齢者（老年者）」「リスクマネジメント」「事故防止」「インシデント」「施設」である。その結果、医療施設での Incident 分析を行った報告は多いが、高齢者施設を対象とした文献は少なかった。また、感染、転倒・転落、誤嚥などの高齢者に起こりやすい事故や痴呆高齢者へのケアについての各病院や施設での取り組みを報告した文献は多い

が、高齢者施設での Incident の特徴を明確にした文献は見当たらなかった。高齢者施設がより安全な生活の場となるよう、高齢者施設での Incident の分析を試みたので報告する。

1. 研究目的

3 年次老年看護学実習で起こった Incident 場面の分析を急性期・慢性期医療現場である成人看護学実習での Incident と比較し、高齢者施設で起こりやすい Incident の特徴を明確化する。また、高齢者ケアに携わる新人看護師への教育・指導の参考となるような検討を加えることを目的とする。

II. 用語の定義

Incident とは、思いがけない出来事（偶発事象）で、これに対して適切な処理が行なわれないと事故になる可能性のある事象¹⁾。Incident についての情報を把握・分析したりするための報告書を Incident Report という。

III. 研究方法

1. 対象

- ①2002年度に本学看護学科3年次生が行った老年看護学実習において提出された15件の Incident Report。
- ②2003年度前半に本学看護学科3年次生が成人看護学実習において提出された4件の Incident Report。2003年度成人看護学実習では、研究者が実習指導を担当した学生の提出した Report を使用した。

2. 分析方法

老年看護学実習、成人看護学実習中に Incident を経験した学生が記入した Incident Report の記述内容をもとに、Incident の内容や種類、原因について分析を行なった。記述内容の分析は、Incident 体験の内容を土屋の分析枠組²⁾により、「①直接的な自己の行為」・「②間接的な関わり」・「③医師や看護職者の行為」・「④自己の安全に関する行為」に分類した。また、Incident の種類は榎田

の分析枠組³⁾をもとに、「A・転倒・転落」「B・誤薬等」「C・無菌操作等のミス」「D・管類の抜去」「E・その他の身体侵害・損傷」「F・私物類の破損・紛失」「G・用具・設備等の破損等」「H・学生の受傷」「I・実習記録類の置き忘れ・紛失」に分類した。Incident の原因については、研究者間で検討を加えた。

3. 倫理的配慮

Incident Report を記述した学生に、記述内容を分析し公表することを説明し、同意を得た。

IV. 結 果

1. 老年領域での Incident Report

1) Incident の頻度

2002年度3年次生63名から、老年看護学実習中に15枚の Incident Report が提出された。15枚の Incident Report の内容を表1に示す。ナンバーは、Incident が発生した日付け順に記載した。15枚の内容は13名の学生により記述されており、複数回に記述した学生は2名（いずれも2回）であった。約23.8%の学生が Incident 体験したことになる。実習時期では、第1グループが5件、第2グループが4件、第3グループが4件、第4グループは2件であった。3週間の実習期間のうち、Incident が発生した時期は第1週が6件、第2週が7件、第3週は2件であった。

2) Incident 体験の内容（図1参照）

Incident 体験の内容は、14件が「①直接的な自己の行為」によるものであり、他1件（No.14）が「②間接的な関わり」によるものであった。「③医師や看護職者の行為」「④自己の安全に関する行為」についての報告はなかった。

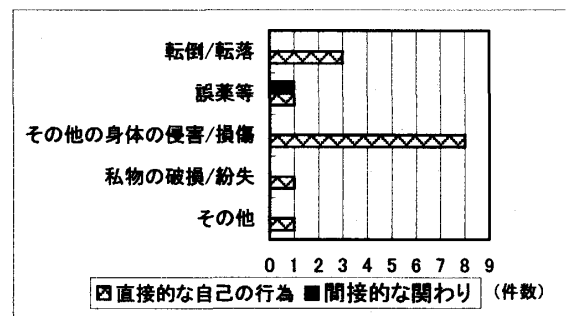


図1. 老年領域で起こった Incident の内容、種類

表 1. 老年看護学実習における Incident の内容

No	時期	事実	内容 ¹⁾	種類 ²⁾	原因
1	1G 1週 1日	嚥下困難のある方の昼食の介助を行った。嚥下困難であること、手を出されるので注意するようにと指導を受けたが、介助の様子も見ず一人で介助を行った。高齢者が口を開けるペースで進めていたが、突然むせ、食べ物をのどに詰まらせてしまった。自分では口腔内や嚥下の様子を観察していたつもりだった。	①直接的	E その他 の身体侵害・損傷	・対象の把握が不十分 ・観察不足
2	1G 1週 2日	車椅子で居室に移動し、本人の立つことができると言う言葉を聞いてベッドへの移乗介助したが、体重を支えられずズルズルとベッドサイドに落ち始めた。側にいた看護師に援助を求めベッドへ移乗したが、ずり落ちる際にふくらはぎを車椅子のフットレストでこすり、擦過傷ができた。	①直接的	A 転倒・転落	・対象の把握が不十分 ・1人でできるという判断の誤り
3	1G 2週 1日	義歯装着、部分介助が必要な痴呆の方に対して義歯装着の確認をせず食事介助を行った。その際、その方からの訴えはなく嚥下困難、誤嚥は見られず、普段どおり全量摂取された。食事終了後、口腔ケアのため義歯をはずそうとした時、義歯を装着していないことに気付いた。その後、その方の体調不良等は見られなかった。	①直接的	E その他 の身体侵害・損傷	・確認不足 ・対象の把握が不十分
4	1G 2週 3日	以前までポータブルトイレを利用していたが、現在はおむつ使用の高齢者。尿意の訴えに尿器では排尿が見られなかった。指導者から「平行棒につかまると立てる方だからポータブルトイレでもいいのではないか」と助言を受け、学生一人で移乗介助をした。そのとき高齢者は学生にしがみついて危険な状態だった。翌日、リハビリ室で見ると平行棒に必死でつかまり手足は震え、表情もこわばっていた。立位の感想を聞くと「怖い」と言う。リハビリの状態やその方の気持ちを聞かずに、一方的な思いで立位移乗を行ってしまった。	①直接的	A 転倒・転落	・対象の把握が不十分 ・1人でできるという判断の誤り
5	1G 3週 3日	ウォーキングカンファレンス中、ポータブルトイレの前のマットに座り込んでおられる高齢者の方を発見した。すぐスタッフがベッドに寝かせ、ナースコールの指導をして退室した。それからしばらくして、その部屋の近くを通りかかると大きな音が聞こえたので訪室すると、ポータブルトイレのほうへ足を伸ばして起き上がろうとしていた。「トイレへ行きたいのなら介護士さんをお願いしますから、動かないで待っていてください」と言い、スタッフを呼びにその場を離れた。すぐに駆けつけたが、立ち上がろうとしていて危険だった。	①直接的	A 転倒・転落	・そばを離れることの危険性、適切な連絡手段(ナースコール)が判断できていない
6	2G 1週 4日	リハビリ終了後、高齢者にベッドへの移乗を頼まれた。以前移乗介助の様子を見ていたので自分一人でできると判断し、介助を行った。移乗の際にはベッド柵を取り外して行うべきであったところ、それをせずに移乗させたためベッド	①直接的	E その他 の身体侵害・損傷	・1人でできるという判断の誤り ・注意不足 ・基本的技術不

		柵に足があたり、痛みを与えてしまった。			足
7	2G 2週 1日	食事介助時、お粥の摂取介助をしていると、粥が熱かったため吹き出されてしまった。お碗を触って温度を確認したが、どのくらい熱かったのかがわかっていなかった。	①直接的	E その他 の身体侵 害・損傷	・基本的知識不足 ・注意や観察が不足
8	2G 2週 1日	嚥下障害のある方でプリン程度のとろみがついたお茶を飲まれている。実習中、とろみは作る人によって程度が違うこと、蜂蜜程度のとろみでもむせることなく飲めていたことから、とろみの有無、程度について指導者の方に相談をした。その時、指導者の方が「やってみて」言われた言葉を、トロミを加えずに飲ませても良いと判断し、スプーンでお茶を飲ませてしまった。	①直接的	E その他 の身体侵 害・損傷	・思い込みによる確認不足
9	2G 2週 3日	痴呆のある方と一緒にタオルたたみをしていった。そのうちめまいがすると言われたが、痴呆の方なので口癖のようなものと自分勝手に判断してしまった。	①直接的	分類なし	・看護的感性の不足 ・痴呆高齢者の看護についての知識不足
10	3G 1週 4日	入浴後、高齢者の方にお茶とお菓子を出すようスタッフの方に言われ、食堂に集まった方に順次出していた。ある高齢者に出したがコップを口に運ばれないので声をかけた。反応がなかったので、口にコップを運んでみた。その後、ご家族の方が来られて胃ろうを造設しているため経口摂取は出来ないことがわかり驚いた。	①直接的	E その他 の身体侵 害・損傷	・対象の把握が不十分 ・確認不足
11	3G 1週 4日	高齢者に誕生日カレンダーの名前を書いていた。途中ミーティングの時間になり、その方にペンを持たせたままその場を離れてしまった。再び戻ると寝衣がペンで汚れていた。	①直接的	F 私物類 の破損・ 紛失	・対象の把握が不十分 ・状況認識不足 ・連絡や報告の不足
12	3G 1週 3日	リクライニングの方にとろみのついたコーヒーを介助した。温度調節がきちんと出来ておらず、その方にとっては熱く、吐き出された。その後冷ましてから再度介助するが摂取されなかった。スタッフの介助では摂取したが、もう一度学生が介助しようとするスプーンを手で払い、摂取することはなかった。翌週、もう一度食事介助を試みたが、摂取しなかった。	①直接的	E その他 の身体侵 害・損傷	・基本的知識不足 ・注意や観察が不足
13	3G 2週 3日	車椅子からベッドへの移乗介助時、端坐位でベッド柵を持って体位を保持した。履物を脱がせるために目を離して片方を脱がし、もう片方を脱がそうとしている時に介護福祉士の「危ない」という声を聞いた。顔を上げると坐位だったはずの高齢者が介護福祉士に頭を支えられて臥位になっていた。反体側のベッド柵で頭をかすっていた。	①直接的	E その他 の身体侵 害・損傷	・注意不足
14	4G 2週 3日	車椅子の方を食堂に移動介助した時、スタッフがベッドを病室に運んでいた。車椅子の方を机の前に移動し、学生はベッド運びを手伝った。ベッド運びが終わり戻ってみると牛乳を飲んでいて、牛乳は他の高齢者の者であったが、その方の机の手の届く場所にあり、また近くにあった。	②間接的	B 誤薬等	・対象の把握が不十分 ・全体への観察不足

		台拭きで顔も拭いていた。少し目を離しただけだが、その方が手の届く範囲にあるものをすぐに手を取ってしまうことを知らなかった。			
15	4G 3週 2日	昼食配膳時、スタッフから「〇〇さんの食事です。あそこのチェックの方へ持って行ってください」と頼まれ、食事を運んでいった。食事をお持ちした方に名前の確認をしたが、うなずけただけだった。うなずかれたので間違いのないと思い食事介助を始めようとした時に、食事が違う事を指摘され、間違っって持って行った事に気付いた。高齢者の方の名前を覚えておらず、確認が確実に出来ていなかった	①直接的	B 誤薬等	・思い込みによる確認不足

3) Incident の種類 (図1、表1 参照)

Incident の種類は「E・その他の身体侵害・損傷」が8件 (No. 1、3、6、7、8、10、12、14) で最も多かった。具体的な状況は、嚥下困難な高齢者への食事介助で誤嚥や窒息の危険の予測が不十分、お粥や水分摂取時に温度確認が不十分、経口摂取できない高齢者に水分摂取を勧めていたなど、食事に関連するものが6件あった。他の2件はベッド・車椅子の移乗に関連するものであった。「A・転倒・転落」は3件 (No. 2、4、5) であり、学生が1人でできるという判断の誤りによるベッド・車椅子の移乗場面に多かった。確認不足による配膳の間違いなどの「B・誤薬等」が2件 (No. 14、15)、カレンダー作成の作業療法中にその場を離れたために高齢者の寝衣をペンで汚してしまった「F・私物類の破損・紛失」が1件 (No. 11)、いずれにも分類されないものが1件 (No. 9) であった。「C・無菌操作等のミス」「D・管類の抜去」「G・用具・設備等の破損等」「H・学生の受傷」「I・実習記録類の置き忘れ・紛失」についての報告はなかった。

4) Incident の原因 (表1 参照)

Incident の原因としては、約半数の7件 (No. 1、2、3、4、10、11、14) が日頃のADLや嚥下の状態など「対象の把握が不十分」なことが原因であり、第1・2週に多かった。その他には、ベッドや車いすなどへ移乗の介助について「1人でできるという判断の誤り」が3件 (No. 2、4、6)、お粥やとろみのついた飲み物の温度の変化についての「基本的知識不足」が2件 (No. 7、12)、周囲への気配りや危険の察

知が不十分な「観察不足」「注意不足」「状況確認不足」などで、いずれの Incident も複数の原因が考えられた。

2. 成人領域での Incident Report との比較

2003年度前期に研究者が実習指導を担当した成人看護学実習で発生した Incident の内容を表2に示す。前半2名の教員が担当した学生延べ34名の中で発生した Incident 4件である。複数回に記述した学生はいなかった。

実習時期では、第2グループ1件、第3グループが3件で、第1グループでの Incident 報告はなかった。4週間の実習期間のうち、すべての Incident が第2週に発生していた。

Incident 体験の内容は、3件が「①直接的な自己の行為」によるものであり、他1件が「②間接的な関わり」によるものであった。老年看護学実習と同様、「③医師や看護職者の行為」・「④自己の安全に関する行為」についての報告はなかった。

Incident の種類は、「E・その他の身体侵害・損傷」が2件、「B・誤薬等」が1件、「D・管類の抜去」が1件であった。具体的な状況は、内服薬4錠を一度に内服するよう援助したための誤嚥、使用する消毒薬の間違い、ドレーン挿入中患者の学生のみでの清拭などであった。「A・転倒・転落」「C・無菌操作等のミス」「F・私物類の破損・紛失」「G・用具・設備等の破損等」「H・学生の受傷」「I・実習記録類の置き忘れ・紛失」についての報告はなかった。

Incident の原因としては、Incident 発生後やケア実行前の「報告・連絡・相談の不十分さ」が2

表2. 成人看護学実習における Incident の内容

No	時期	事実	内容 ¹⁾	種類 ²⁾	原因
1	2G 2週 1日	気胸の術後3日目で、胸腔ドレーン留置中の患者へ、学生2人のみで清拭を行っていた。結果としては、事故にまでは至らなかった。	①直接的	D 管類の 抜去	・状況(ドレーン留置)の理解不足 ・報告・連絡・相談の重要性の認識不足
2	3G 2週 1日	パーキンソン・うつのある受け持ち患者に、自宅での家族と同じように、昼食後一度に4粒の薬を内服させ、誤嚥し咳き込まれた。しばらく、背中をさすったら落ち着くと思ったが、苦痛表情と口唇にチアノーゼが見られた。咳き込みにより2粒は吐き出されたが、不安になり、指導者を呼びに行き、吸引により落ち着いた。同日午後37℃代の発熱があったが翌日からなかった。教員へ報告は「患者さんがむせられました」ということのみで、詳細はなかった。	①直接的	E その他 の身体侵害・損傷	・病気の理解、患者の状態のアセスメント不足 ・判断不足 ・教員への連絡の不備
3	3G 2週 2日	左右大転子部に褥瘡があり、全身に強い痒みのある患者の入浴介助を行なった。患者は常に「痒い、痒い」と言い、痒いところを掻いていた。それが褥瘡の部分であることもある。入浴介助はスタッフ2人と学生一人で行った。一人のスタッフが両手を抑えていたが、一瞬の隙に手が離れ、患者は褥瘡部を直接掻いてしまった。その結果、褥瘡部は出血し、肉芽がめくれ、悪化した。	②間接的	E その他 の身体侵害・損傷	・ケア時の役割認識不足
4	3G 2週 4日	受け持ち患者の経管栄養用イリゲーターを食器用ハイターと勘違いし、衣類用のハイターを使用した。薬品の3回確認をしていなかった。ハイター消毒中、気になりハイターの容器を確認し気づき、流水で洗浄し、指導者に報告した。	①直接的	B 誤薬等	・薬品の取り扱いに関する基本的知識不足

件のほか、「病気の理解不足」「患者の状態のアセスメント不足」、薬品の取り扱いに関する「基本的知識不足」、「ケア時の役割認識不足」などであり、老年看護学実習と同様、複数の原因が考えられた。

V. 考 察

1. 高齢者施設における Incident の特徴

川村は急性期医療を担う施設の看護部から提供された資料11,148事例をもとにエラーマップを作成したが、「医師の診療の補助業務の事例は全体の6割で、うち内服と注射(点滴・IVHを含む)事例が3/4を占めた」⁴⁾と報告している。川村の報告と同じく医療施設での実習を行なってい

る成人領域では、看護学実習という性質上、注射に関する Incident はなかったが、老年領域で報告されなかった「管類の抜去」や消毒薬の関連する「誤薬等」など、医師の診療の補助業務についての報告も見られた。

一方、老年領域における Incident では、食事介助で誤嚥、お粥や水分の温度確認不足などの食事場面やベッド・車椅子の移乗場面での転倒・転落など、日常生活援助、つまり療養上の世話に関する内容がほとんどを占めた。榎田の分析枠組⁵⁾を用いた分析では「誤薬等」に分類された2件は配膳の間違いや他者の飲食物の摂取などであるが、川村の分類⁶⁾を用いると「食事に関すること(誤嚥を除く)・経管栄養」にあたるため、療養上の世話に分類されている。藤島は老化に伴う摂食・

嚥下機能の低下原因として、歯牙の欠損による咀嚼力の低下、嚥下筋の筋力低下、粘膜の知覚・味覚の変化、唾液の分泌減少、唾液の性状の変化などを挙げており⁷⁾、脳血管疾患の既往のある高齢者の多いことから、誤嚥の発生の危険性は高い。本学の老年看護学実習を行なっている介護保険施設は高齢者の生活の場であり、老年領域で Incident 報告の多かった食事介助における誤嚥・窒息・熱傷、車椅子へ（から）の移動などの療養上の世話に関連する行為が、高齢者施設での Incident の特徴ではないかと考えられる。

川村は「療養上の世話に関する事例が全体の約3割で、その半分以上が転倒・転落事例⁸⁾と報告しているが、老年領域では「転倒・転落」は療養上の世話に関する事例の1/5を占めるにとどまっております。発生は第1グループに限られた。実習前のオリエンテーションで、それまでに発生した Incident の状況を学生に伝達しており、学生が移乗場面に「転倒・転落」のリスクの高いことを認識していることが、予防的に作用したと考えられる。川村⁹⁾は、全体の約3/4を占める看護師の介入がない自力行動における転倒・転落のうち、4割が排泄行動に関連し、2割が排泄以外の行動に関連しており（両群あわせて判断力が保たれている患者の自力行動における転倒・転落）、残り4割を判断力の低下した患者の自力行動における転倒・転落が占めると述べている。今回の結果において、「転倒・転落」事例が少なかった背景には、学生の実習時間が日勤時間帯に限定されることが Incident 事例の偏りを招いているとも考えられ、認知・判断力の低下した痴呆性高齢者も多い高齢者施設において、転倒・転落事例の発生のリスクが高いことが予想される。

2. 高齢者施設で起こりやすい Incident 予防の対策

1) Incident 発生の時期から

成人領域では、4週間の実習期間のうち、第2週に集中して Incident が発生している。成人領域では、受け持ち患者を選定し、個人への看護の展開を実施する実習形態であり、第2週には学生がケア提供の主体となることが Incident 発生時期に関係していると考えられる。また、実習期間が浅

い時期のため、指導スタッフとの関係の成立が十分でないことが影響したとも考えられる。

一方、老年領域では、Incident の発生時期が3週間の実習期間のうち第1、2週に集中していた。第1週では、高齢者理解を目標として多くの高齢者との関わりをもつが、個々の高齢者の情報を十分に知り得ていない時期であること、第2週は特定の高齢者との関わる時間が増えるため、直接的な援助の実践の機会が増えることが Incident 発生時期に関係していると考えられる。また、2週めでは、学生に「分かったつもり」「これくらいなら大丈夫」といった気の緩みが生じていることも考えられる。新人看護師教育においても、慣れてきた時期にこそ注意を喚起するような指導が必要である。

Incident 発生状況を踏まえて、実習での介助にあたっては行動前の判断を必ず指導者に確認すること、1度めはスタッフの援助方法を見て、2度めは確認を得て実践するようオリエンテーションしている。医療現場ではプリセプター制度などにより、マンツーマンでの新人教育が実施されている。高齢者施設においては従事する看護職員の割合は少ない反面、専門的な判断や技術が求められる。そのため、高齢者施設の新人看護師にとって、自己の判断や技術などを相談できる先輩看護師の存在が重要になると考えられる。

また、老年領域では実習時期が3年次後半になるにつれて Incident の発生に減少傾向がみられ、同様の内容の Incident の再発はほとんどみられなかった。これは、各グループの実習前のオリエンテーションで、それまでに発生した Incident の状況を学生に伝達したことが学生の注意の喚起につながったと考えられる。新人看護師教育においても、個別の高齢者の状況について判断や技術のロールモデルを示しながら、事前の注意を喚起できるよう指導していくことが求められると考えられる。

2) Incident の発生原因

成人領域では、病気やドレーン留置などの状況についての理解、アセスメントの不足など、受け持ち患者に対する学生の理解が Incident の原因として挙げられた。受け持ち患者に対する理解不足

により、ケア方法が明確にできていないこと、事故発生の危険性の予測ができていないことが考えられる。また、指導スタッフや指導教員への報告・連絡・相談の不十分さも Incident 発生の原因として挙げられた。学生が看護チームの一員として存在しているという認識を深めること、安全・安楽なケアの提供のための報告・連絡・相談の重要性を強調して指導していくことが必要であると考えられる。

一方、老年領域では、約半数で「対象の把握が不十分」なことが挙げられた。実習時期との関連も大きいので、対象への関心を高めて情報の収集に努めるよう強調してオリエンテーションすることが必要である。また、ベッドや車いすなどへ移乗の介助を「1人でできるという判断の誤り」については初めてのケアは一人で行なわないという原則を、緊急時に「適切な連絡手段がとれない」ことについてはその場を離れないことなど、対象の安全・安楽確保を目的として具体的にオリエンテーションしていきたい。新人看護師教育においても、個別の高齢者の把握を十分に行い、起こりうる危険の予測、事故防止のための具体策の計画など、アセスメント能力を高めるような指導が重要である。特に、高齢者の個人差の大きいことを踏まえて、少ない経験に奢ることなく、個人に合わせた安全・確実なケアの提供が求められる。

周囲への気配りや危険の察知が不十分な「観察不足」「注意不足」「状況確認不足」も約半数の事例で原因として挙げられた。学生の対象把握の不十分さとあわせて、老年領域の対象の特性も関係している。痴呆や難聴などにより確実なコミュニケーションがとれないことは、学生の誤った認識、思い込み、確認不足につながることで、高齢者自身の痴呆による認知判断力の低下により学生の周囲への配慮不足が Incident につながりやすいことが挙げられる。看護学実習の場は流動的な場であるため、実習中の個別の状況に対する具体的な指導が重要であることが改めて示唆された。新人看護師教育においては、高齢者理解のための基本的な知識を十分に身に付けるとともに、アセスメント能力を高めるために先輩看護師との事例検討を重ねることも有用であると考えられる。

3. エラー予防のための教育の充実にむけて

Incident の原因として、お粥やとろみのついた飲み物の温度の変化についての「基本的知識不足」が挙げられたことから、学内演習の必要性が示唆され、2002年度から2年次の学内演習の内容に追加している。演習の意味づけ、演習での経験を自己の知識として習得できるような教育に努め、演習の効果についても検証する必要がある。

また、学生が高齢者の理解をより深め、学生の知識不足が高齢者の心身の安全を脅かすことのないよう、老化現象が高齢者に与える影響や高齢者に多くみられる疾患の理解など、学内の講義内容を充実させる必要がある。

高齢者施設の新人看護師に対しては、施設内での事例検討や学習会、あるいは施設外での講習会・研修会に参加し、自己研鑽に努める姿勢が求められる。

VI. ま と め

1. 老年看護学実習における Incident では、日常生活援助、つまり療養上の世話に関する内容がほとんどを占めたことから、食事介助における誤嚥・窒息・熱傷、車椅子へ（から）の移動などが、高齢者施設での Incident の特徴と考えられる。日常生活援助は、ケア提供者の生活習慣や価値観の影響を受けると考えられるが、ケアの主体である高齢者の意思を尊重し、安全・安楽、確実なケアの提供を目指していくことが求められる。
2. 高齢者施設での新人看護師教育における Incident 予防として、慣れてきた時期だからこそ注意を喚起するような指導、自己の判断や技術などを相談できる先輩看護師の存在が重要になると考えられる。また、高齢者理解のための基本的な知識を十分に身に付けるとともに、個別の高齢者の把握を十分に行い、起こりうる危険の予測、事故防止のための具体的な計画が立案・実施できるよう、アセスメント能力を高めるような指導が必要であると考えられる。
3. 高齢者施設に勤務する看護職員は、従事する職員の割合が少ない反面、専門的な判断や技術

が求められる。施設内での事例検討や学習会、あるいは施設外での講習会・研修会に参加し、自己研鑽に努める姿勢が求められる。

おわりに

今回の研究では、老年看護学実習で発生した Incident 事例をもとに、高齢者施設における Incident の特徴の分析を試みた。しかし、学生の実習時間が日勤時間帯に限定されることは Incident 事例の偏りを招いているとも考えられ、今回の研究における限界でもある。今後は、現場スタッフとの連携を取りながら、高齢者施設の Incident の特徴をより明確にしていきたい。

引用文献

- 1) Charles Vincent・Maevie Ennis・Robert J. Audley 原編 安全学研究会訳：医療事故、ナカニシヤ出版、1998.
- 2) 土屋八千代：学生の実習中の事故とその対策に見る看護教員の役割、看護教育、35(7)、496、1994.
- 3) 榎田守子他：看護実習における事故発生の要因と防止策、神戸市看護大学短期大学部紀要、21、21-27、2002.
- 4) 川村治子：ヒヤリ・ハット11,000事例によるエラーマップ完全本、医学書院、東京都、4、2003.
- 5) 3)と同じ.
- 6) 4)と同じ.
- 7) 藤島一郎：新版 口から食べる嚥下障害Q&A、中央法規、東京都、40、2002.
- 8) 4)と同じ、4.
- 9) 4)と同じ、70.

参考文献

- 1) 川村治子：高齢者に多い事故と対策 急性期病院における転倒・転落事故の発生構造と防止 看護の転倒・転落のヒヤリ・ハット1,540事例の分析から、Geriatric Medicine、39巻、12号、1937-1943、2001.
- 2) 一安幸治ほか：高齢者を主とする病院における医

療事故防止対策 一年間に体験したヒヤリ・ハット事例より、日本医事新報、4083号、103-108、2002.

- 3) 須貝佑一：高齢者の精神医療における事故防止の試み リスクマネジメントの試み、老年精神医学雑誌、14巻、6号、734-739、2003.
- 4) 皆川千代：老人保健施設での事故防止の取り組み リスクマネジメントをどう行うか、高齢者けあ、vol. 4、no. 2、113-121、2000.
- 5) 菊地賢：高齢者施設における感染対策、高齢者けあ、7巻、2号、96-99、2003.
- 6) 岩坂信子：施設で進めるリスクマネジメント 転倒・転落防ぐためのコツとポイント 転倒・転落防止の重要性を考える、高齢者けあ、5巻、3号、51-57、2001.
- 7) 介護現場で求められるこれからのリスクマネジメントのあり方、臨床老年看護、8巻、6号、42-48、2001.
- 8) 佐藤真理子：ショートステイ中の事故を防止するためのケアマネジメント、高齢者けあ、7巻、2号、40-45、2003.
- 9) 高杉紳一郎：高齢者のリスク管理と転倒予防の効果、エキスパートナース、17巻、11号、22-24、2001.
- 10) 清水千世：リスクマネジメントの場面 痴呆症状をもつ患者のリスクマネジメント、ターミナルケア、11巻、5号、362-366、2001.
- 11) 堀米史一：痴呆性高齢者が安全に暮らせるためのリスクマネジメント 痴呆性高齢者が起こしやすい事故とは、痴呆介護、4巻、1号、100-102、2003.
- 12) 鎌田ケイ子：痴呆と転倒をどう考えるか、コミュニティケア、34号、46-47、2002.
- 13) 小林弘子：痴呆の専門看護の追求 離院事故を防ぐための安全環境づくり、臨床老年看護、7巻、3号、94-101、2000.
- 14) 小島千枝子：誤嚥を防ぐ食事介助の方法 生命に重大問題を引き起こす誤嚥 安全で適切な食事介助方法の選択、GPNet、47巻、12号、27-34、2001.